

- ASL n° \_\_\_\_\_
- AZIENDA OSPEDALIERA BROTZU
- A.O.U. DI \_\_\_\_\_

Da inoltrare  
 ALL'ASSESSORATO REGIONALE DELL'IGIENE e SANITA' E DELL'ASSISTENZA  
 SOCIALE  
 CAGLIARI  
 FAX n° 070-6065459

**MODELLO DI RICHIESTA D'INSERIMENTO DI NUOVI CENTRI DI  
 RIFERIMENTO ABILITATI ALLA FORMULAZIONE DELLA DIAGNOSI E  
 DEL PIANO TERAPEUTICO**

PRINCIPI ATTIVI \_\_\_\_\_  
 NOTA AIFA n° \_\_\_\_\_

<b>STRUTTURA PROPOSTA</b>	
(specificare se pubblica o privata accreditata e l'esatta denominazione se divisione, servizio, unità operativa, reparto o altro)	
Divisione _____ Servizio _____ Unità Operativa _____ Reparto _____ Ambulatorio _____ _____	
Ubicata c/o _____ (indicare se Presidio Ospedaliero, Casa di Cura o altro) Via _____ n° _____	
Medico Responsabile / Referente Prof./Dott. _____ Specialista in _____ Telefono _____ Fax _____	
<b>Motivazione:</b>	

IL DIRETTORE SANITARIO

IL DIRETTORE GENERALE

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_